OBSERVACIONES OFTALMOLOGICAS EN LIMA

Y ESTADISTICA

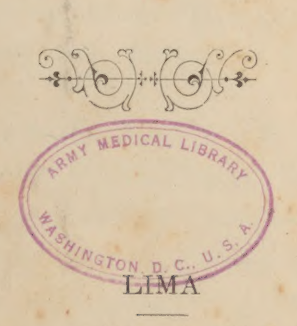
DE 3247 ENFERMOS DE LOS OJOS.

TESIS PRESENTADA

POR EL

Dr. EDUARDO GAFFRON

para optar el grado de Doctor en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima



LIMA

IMPRENTA MASIAS.—PLAZUELA MERCED

1895

Señor Decano,

Señores profesores,

Al presentarme ante Uds., solicitando optar el honroso grado de Doctor en esta ilustrada Facultad, nada me ha parecido más digno de ocupar la atención de Uds., que el darles cuenta de los enfermos de oculística que he tratado durante mi permanencia en el Perú.

El presente trabajo, que comprende una estadística de 3247 enfermos, asistidos por mí, desde el 1.° de Enero de 1893 á 1.° de Junio del 95, será acompañado de algunos comentarios en los casos qne presenten mayor interés científico.

Debo advertir que los números de la estadística que presento corresponden al número de los pacientes y no al de enfermedades, y que cada enfermo, con su número de orden, figura solo una vez, aún cuando haya tenido que ser visitado en varias ocasiones.

A. -- ESTADISTICA.

I — Parpados

Blefaritis	149
Orzuelo	94
Sinbléfaron	1
Heridas de los párpados	3
Chalazion	59
Angioma	1
Quiste dermoideo	2
Abceso	6
Cáncer epitelial	2
Goma sifilítica	1
Ectropion	4
Entropion	11
Blefarofimosis	1
Xantelasma	2
Triquiasis	9
Quiste en el borde palpebral	2
Cuerno cutáneo	1
	348

II — Conjuntiva.

Oftalmía catarral crónica	332
— purulenta aguda	142
— gonorréica de los adultos	17
— de los recien nacidos	30
— benigna de los recién nacidos	4
— membranosa	6
— granulosa	14
Conjuntivitis folicular	76
— flictenular	218
Hifaema conjuntival	16
Xerosis	2
Pinguecula	5
Pterigion	61
Granuloma	1
Quiste linfático	2
Epitelioma	2
Heridas simples	10
Quemaduras	8
Cuerpos extraños	14
	960

III — Cornea

Ulcera flictenular	163
Otras úlceras de la córnea	57
Queratitis filiforme	2
— fascicular	15
— punctata	4
— bullosa	14

— intersticial....	22
Escleroqueratitis.. ..	2
Herpes corneal febril	11
— zoster	1
Abcesos y úlceras supurativas	19
Opacidades de la córnea	188
Leucoma adherente..	25
— total..........	47
Buftalmos	5
Córnea cónica	3
Erosión	5
Quemadura.........	2
Cuerpo extraño	35
	610

IV — ESCLEROTICA

Escleritis	14
Estafiloma escleral..	1
— intercalar	1
Heridas	3
	19

V — IRIS

Iritis serosa	7
— plástica	50
— tuberculosa ..	3
Oclusión pupilar....	3
Prolápso del íris....	7
Iridociclitis	7
— simpática....	4
Restos persistentes de la membrana pupilar	4
Coloboma	2
	87

VI — COROIDES

Coroiditis diseminada	5
— central	23
— de otra clase..	2
Rotura de la coróides	2
Sarcoma coroideal..	1
	33

VII — CUERPO VITREO

Opacidades del cuerpo vítreo.........	32
Hemorragias del cuerpo vítreo.........	4
	36

VIII — GLAUCOMA

Glaucoma simple....	30
— agudo......	10
— absoluto ...	17
— secundario..	5
	62

IX — NERVIO OPTICO Y RETINA,

Coloboma vaginal del nervio óptico.....	1
Neuritis óptica......	2
— retrobulbar.	17
Atrofia despues de neuritis	2
— despues de meningitis......	1
— despues de fractura........	5

Atrofia simple......	33
Neurosis traumática.	1
Fibras nerviosas opacas....	3
Retinitis albuminúrica	2
— diabética....	1
— sifilítica	2
— pigmentaria.	7
— hemorrágica	3
Embolia de la arteria central........	1
Desprendimiento de la retina..........	11
Hemeralopia.	1
	93

X — Cristalino

Luxación traumática	2
— congénita ..	1
Catarata senil verde.	39
— senil madura	34
— creta calcárea.	1
— diabética ...	3
— secundaria..	12
— complicada.	11
— congénita...	2
— capsular anterior	1
— piramidal ..	3
— zonular.....	3
— polar posterior............	5
— polar anterior	1
— por conmoción	6
— traumática..	17
	141

XI — Bulbo y orbita.

Tumores intraoculares	4
— orbitarios ..	3
Contusión del bulbo.	8
Heridas penetrantes.	17
Panoftalmía	6
Tísis bulbar........	29
Anoftalmo..........	3
	70

XII — Refracción.

Miopía	179
Hipermetropía......	131
Presbicia...........	153
Astigmatismo	74
Anisometropía......	33
	570

XIII — Musculos y nervios

Estrabismo convergente	63
— divergente..	16
Astenopía muscular.	2
Nistagmo...........	6
Nictitatio	2
Espásmo de la acomodación.........	4
Oftalmoplejia completa...........	2
— externa	3
— interna	4
Cicloplégia..........	3
Parálisis del sexto nervio	9
— del recto superior...........	1
— del simpático..	3
Ptosis..............	8
	126

XIV — APARATO LAGRIMAL.

Estrechez del conducto nasal......	53
Diacriocistitis crónica	16
— aguda......	10
Tuberculosis del saco lagrimal......	1
Fístula del saco lagrimal...........	2
	82

XI — HISTERISMO, simulación, etc.... 10

Suma total de los pacientes...........3247

RESUMEN.

I	Parpados............ ...	348	= 11,72	%
II	Conjuntiva	960	= 29,56	,,
III	Cornea	610	= 18,78	,,
IV	Esclerótica	19	= 0,58	,,
V	Iris..................	87	= 2,68	,,
VI	Coroides..............	33	= 1,02	,,
VII	Cuerpo vitreo	36	= 1,11	,,
VIII	Glaucoma	62	= 1,91	,,
IX	Nervio óptico y retina.	93	= 2,87	,,
X	Cristalino	141	= 4,34	,,
XI	Bulbo y órbita........	70	= 2,16	,,
XII	Refracción............	570	= 17,55	,,
XIII	Músculos y nervios....	126	= 3,88	,,
XIV	Aparato lagrimal	82	= 2,53	,,
XV	Histerismo, simulación etc..................	10	= 0,31	,,
		3247	=100,00	,,

OPERACIONES.

En esta estadística no he enumerado las operaciones sencillas como depilación, ablación de chalazión, incisión del saco lagrimal, tratamiento de la estrechez del conducto nasal por sondeo, etc.

a. — EN LOS PARPADOS

Entropion	3
Ectropion..........................	3
Cantoplástica	2

b. — EN LA CONJUNTIVA

Cuerpo extraño	4
Extirpación de epitelioma	2

c — EN LA CORNEA

Galvanocauterización.	6
Cuerpo extraño	18
Pterigión	27

d. — EN LA ESCLEROTICA

Esclerotomía	5

e. -- EN EL IRIS

Iridectomía para el glaucoma........	5
— para desprendimiento de la retina	1
— preparatoria.................. ..	6
-- óptica	4
Iridotomía	3

f. — EN EL CRISTALINO

Extracción de catarata senil madura..	27
— de catarata verde	4

Discisión de catarata zonular	2
— de catarata traumática	1
— de catarata secundaria........	15

g. — EXTIRPACION TOTAL DEL OJO. 8

h. — OPERACIONES EN LOS MUSCULOS.

Tenotomía	25
Ajustamiento......	5

i. — EN EL APARATO LAGRIMAL

Extirpación del saco lagrimal........	3

k. — EN LA ORBITA

Extracción de un secuestro..........	1
Suma total de las operaciones	190

B. -- OBSERVACIONES.

Oftalmía gonorréica. — Bajo el nombre de oftalmía gonorréica, comprendo las inflamaciones de la conjuntiva producidas por el gonococo de Neisser. Propiamente hablando, no debería emplearse este nombre sino en los casos en que pudiera comprobarse la presencia del diplococo específico; aún cuando el aspecto clínico sea, en muchas conjuntivitis de otra naturaleza, sumamente parecido al proceso generado por el microbio en cüestión. Tampoco me parece correcto dar la denominación de oftalmía purulenta ó blenorrea á la oftalmía gonorréica verdadera; y menos aún designar el tracoma con el epíteto de blenorrea crónica, como lo hacen ciertos autores.

Es verdad, que únicamente el exámen microscópico, puede, en muchos casos, dar la seguridad al diagnóstico; pero siendo tan fácil el procedimiento y tan grande su importancia,

debe recurrirse á él siempre que se pueda.—Hé aquí el método sencillo que uso en mi hora de consulta, para dicho exámen. Con un bastoncito de vidrio se pone una cantidad muy pequeña del pus sospechoso sobre la superficie de una laminilla de vidrio ni más ni menos que para examinar esputos. Despues de haberlo secado al aire, se calienta un poco sobre la llama de una lámpara de alcohol y se tiñe con una solución concentrada de azul de metileno. Un minuto despues se lava con agua, se seca nuevamente entre dos hojas de papel secante, se pone en bálsamo de Canadá y la preparación queda lista, no excediendo toda la técnica de 5 minutos.—El aspecto de una preparación hecha de este modo es el de la figura Núm. 1.—Lo característico no es solamente la forma del diplococo, sino su agrupación en montoncitos dentro de los glóbulos purulentos; aunque á veces se les pueda ver también aglomerados fuera de ellos.

Cuando no se encuentra gonococos en la primera preparación, se examina la segunda y cuando después de un exámen minucioso consta la ausencia absoluta del diplococo, se puede tranquilizar al paciente. Justamente estos casos de oftalmía purulenta con secreción abundante, son de un pronóstico favorable, siempre que se les trate convenientemente; no así cuando hay gonococos, en cuyo caso es necescrio advertir al paciente y á su familia que se trata de una enfermedad sumamen-

te grave y muy infecciosa y que es preciso tomar precauciones — tohallas, esponjas, tocador, etc., aparte — y seguir un tratamiento cuidadoso. Se sabe que la conjuntivitis gonorréica no depende de la edad, ni de la constitución, ni de cierta predisposición, pero siendo muy frecuente en los niños recién nacidos, se usa desde hace siglos el nombre de *Blenorrhoea neonatorum*, denominación anticuada que sería mejor suprimirla por completo.

a. Oftalmia gonorreica de los adultos. — En mi estadística he separado las oftalmías gonorréicas de los adultos de las de los recién nacidos, porque he encontrado aquí para las primeras un modo particular de inoculación, dependiente de la costumbre de lavarse los ojos con orina. Cuando ménos 12 de los 17 adultos, es decir 71 °/₀, confiesan que han adquirido la enfermedad por este procedimiento; tanto más absurdo, cuanto que aún la orina sana produce muchas veces una irritación fuerte de la conjuntiva.

La orina humana, aunque sea la de una vírgen, es de todos los remedios caseros — y no hay pocos en este país, como Udes. lo saben — el más peligroso.

Algunos ejemplos bastarán para hacer conocer las tristes consecuencias de esta costumbre.

L. Ch. joven de 22 años. — 26. IV. 94. — Se lavó hace 5 días con su propia orina porque tenía una enfermedad (probablemente con-

juntivitis simple) del ojo derecho.—Tiene en los *dos* ojos secreción purulenta intensa, conteniendo mnchos gonococos, y la córnea derecha ya presenta una úlcera profunda del tamaño de un tercio de la córnea.

Exito:—o. d.: Leucoma adherente.—o. i.: sano, sin lesión alguna.

R. B. mujer de 45 años.—19. IX. 94.—¡Hace apenas 11 días que ambos ojos estaban buenos y sanos! —Entonces se lavó varias veces con su propia orina: ¡La paciente viene con sus dos córneas completamente destruidas!—En la secreción hay abundancia de gonococos.

Exito: o. d.: Estafiloma total de la córnea— o. i.:—Tísis del bulbo y amaurosis.

J. G. jóven de 20 años.—17. IX. 94.—Se ha lavado con orina—Viene con las dos córneas ya perforadas y con prolápso del íris en ambos lados.—Ha recuperado por un tratamiento de meses en ambos ojos una vista mediana.

M. B. niño de 5 años.—8. V. 95.—Secreción abundante purulenta en ambos lados, tiene muchos gonococos. Lavado con orina por la madre hace algunos días.—o. d. córnea intacta.—o. i.: úlcera corneal con prolápso del íris.

T. C. niña de tres años.—25. V. 95.—fué lavada varias veces con orina.—o. d. — intacto. —o. i.: úlcera de la córnea con hipópion—muchos gonococos, todavía en tratamiento.—Tendrá una nube grande central en el ojo izquierdo.

Los demás pacientes que introdujeron por

medio de la orina este huésped formidable en su saco conjuntival, vinieron tambien en un estado lamentable, pero felizmente con las córneas intactas todavía y bastante temprano para que se les pudiese salvar de la ceguera inminente y segura.

Es terrible la rapidez con la que el tejido corneal se disuelve en la supuración, como la nieve en el sol, y ninguna enfermedad de los ojos necesita un tratamiento más enérgico que ésta. Gran parte de los ciegos pobres que piden limosna en las calles de Lima, si no han perdido la vista por las viruelas, han sido víctimas de la gonorréa.

b.—Oftalmia gonorreica de los recien nacidos—Mucho más frecuente que en los adultos es la gonorréa oftálmica de los recién nacidos, ocasionada por infección proveniente de las secreciones vaginales gonorréicas de la madre, durante el parto.

La mayor parte de todas las inflamaciones purulentas que se desarrollan desde el segundo ó tercer día de la vida, son de carácter gonorréico; y entre 34 casos de mi estadística el exámen microscópico reveló 30 veces la presencia del gonococo de Neisser. Solamente en 4 niños el microscópio tuvo que desmentir el diagnóstico clínico, pues se trataba de la forma benigna sin diplococos y estos niños en consecuencia se curaron en pocos días sin ninguna dificultad.

El número de enfermos de esta categoría que se han presentado en mi consulta, guarda

proporción con las estadísticas de las grandes clínicas europeas.

He tenido entre 3247 clientes 11 °/oo, Cohn y Valenta 15 °/oo, Silex 10–12 °/oo.

Pero, 17 casos de oftalmía gonorréica en adultos, es decir 5,24 °/oo es un número inaudito, porque en Europa se encuentra solamente 1,17 °/oo (Cohn) ó 1,18 °/oo (Hirschberg) probablemente porque el público ya conoce los peligros de una gonorréa uretral mejor que aquí.

En cuanto al método profiláctico para impedir la oftalmía gonorréica de los recién nacidos, no se necesita hablar mucho. El procedimiento de Credé — instilación de una gota de nitrato de plata 2 % — y sus consecuencias humanitarias son bastante conocidas en el mundo entero. Falta solamente su adopción por las parteras.

Para mí no hay cosa más triste que decir á una madre que ha curado á su criatura durante semanas con ácido bórico ó remedios caseros según las costumbres del país «¡ya es tarde!»

Tres veces he encontrado así los dos ojos destruidos por completo, una vez ya perdido un ojo y el otro con úlcera de la córnea. Tres veces había úlceras en ámbos ojos y nueve veces una úlcera corneal en un ojo. Generalmente la enfermedad se establece en los dos ojos á la vez (26 veces sobre 30 casos.)

Tengo la satisfacción de que durante mi tratamiento nunca se ha establecido una úl-

cera nueva y las úlceras ya existentes nunca han llegado á la perforación. Así que todos los pacientes que han venido con sus córneas intactas se han salvado completamente y los otros no han conservado más huellas que nubes corneales, generalmente pequeñas.

Oftalmía membranosa ó crupal.—He observado 6 casos de esta enfermedad relativamente rara. Por el exámen microscópico se descubrió que no se trataba en ninguno de los casos de difteria verdadera, pües faltaba el bacilo de Loeffler, ni de gonorréa en la que á veces también se forman neomembranas. Todos los pacientes se han curado sin dificultad en el trascurso de dos semanas.

Oftalmía granulosa. — El simple hecho de que yo haya observado solamente 14 casos de tracoma, y entre estos cuatro que tenían con seguridad su orígen en los Estados Unidos ó en Europa, me parece digno de mención especial.

A mi llegada al Perú esperaba encontrar una multitud de tracomatosos, porque en todos los paises bajos, especialmente en las orillas del mar, la enfermedad es muy común, y á veces á tal extremo que más de la mitad de todos los enfermos tiene oftalmía granular.

En Breslau, por ejemplo, hay 9 %; en Riga 14 % y en Milán 67 %, mientras que yo cuento en mi estadística 0,43 %.

Felizmente y quizás por las condiciones muy especiales del clima de este país, he encontra-

do tan pocos casos de esta enfermedad, igualmente desagradable para el paciente como para el médico, que se pueden deducir algunas conclusiones de importancia.

Se sabe que muchos oculistas y entre ellos no pocas celebridades, sostienen la opinión que la Oftalmía folicular y la Oftalmía granular son enfermedades idénticas, es decir, que las granulaciones se desarrollan siempre de folículos.

He tenido ocasión de observar aquí no menos que 76 casos de oftalmía folicular bien pronunciada: jamás se ha desarrollado en ninguno de estos pacientes la forma tracomatosa.

Por otro lado existe la teoría que la misma oftalmía gonorréica además de la forma aguda tiene otra crónica, producida tambien por el gonococo, y es el tracoma.

Los partidarios de esta escuela se hallan tan convencidos de la realidad de su hipótesis, que dan al tracoma el nombre: «Blennorrhoea chronica,» como ya he mencionado.

Si esto fuera cierto, era natural que el tracoma fuese muy común en los lugares donde hay mucha oftalmía gonorréica.

Pero aquí encontramos lo contrario: gonorréa en número espantoso, casi nada de tracoma; así que la oftalmía granular, ó tracoma, me parece una enfermedad especial bien caracterizada, que ni es una oftalmía folicular grave ni una oftalmía gonorréica ligera.

De los 50 casos de **iritis plástica**, cuento uno por gonorréa y 16 por sífilis. Entre los últimos hay uno que ofrece un interés particular por su etiología.

El 25 VI. 93 ví en junta con el Dr. Castillo, médico de la familia, al Sr. J. M. D. C. de 48 años, que tenía una inflamación del ojo derecho desde hacía algunos días. Era una iritis bien intensa que ya había formado sinéquias numerosas y casi seclusión de la pupila. No se podía averiguar ninguna otra causa que el reumatismo de que había sufrido varias veces el paciente. El mismo creía que había adquirido la enfermedad por haber tenido abiertos los ojos largo rato en el agua fría del baño. El tratamiento de costumbre: atropina, oscuridad, salicilato de sosa, no produjo mejoría alguna. Después de 14 días insistí otra vez en inquirir en el paciente algo respecto á enfermedades venéreas, pero con el mismo resultado completamente negativo, tanto anamnéstico como objetivo.

No obstante, le dí yoduro potásico en alta dósis: ningún cambio notable durante semanas. Felizmente el Dr. Velez, á cuya noticia llegó la enfermedad del señor D. C., y con quien tuve ocasión de hablar después, me dijo que mi enfermo había adquirido 12 años atrás una sífilis muy regular por vacunación de que la víctima misma no sabía nada y de la que no había quedado ningún vestigio. El

mismo día empezé un tratamiento mercurial para lo que me había faltado hasta entónces toda indicación: después de 5 días mejoría, después de 15 curación. La vista ha quedado normal.

Lo interesante en este caso es, fuera de la etiología secreta, la ineficácia del yoduro y la curación rapidísima por el mercurio.

Se sabe que la mayoría de los médicos acude de preferencia á las preparaciones yoduradas; pero yo empleo ordinariamente en estas lesiones terciarias de la sífilis, cuando se trata directamente del ojo ó del cerebro, como en los casos de oftalmopléjia,—fuera del tratamiento local, un tratamiento mercurial bien enérgico, consistente en inyecciones intramusculares, en la región glútea, de 10 centígramos de timolo–acetato de mercurio, una por semana. Muchas veces desaparecen ya los síntomas con una sola inyección; pero generalmente hago 4–5.

Este método es muy cómodo, como se vé. A veces, es verdad, hay dolores notables y quedan durezas temporales, pero nunca se han producido abcesos en el sitio de la inyección, accidentes de que se quejan á menudo los médicos que usan el calomel, sea por causa del medicamento ó por falta de la antisepsia rigurosa que yo empleo. Tampoco he visto desarrollarse estomatitis de importancia. Advierto que, últimamente en Europa, se han observado algu-

nos casos de embolias graves de parafina en los pulmones y que por eso es indispensable para evitar estos accidentes, después de haber colocado la aguja, separarla nuevamente de la jeringuita y ver si sale sangre. En este caso la punta ha entrado en una vena y es necesario ponerla en otro sitio.

También he empleado en algunos casos de iritis sifilítica las inyecciones sub-conjuntivales de sublimado, tal como las prescribe Darier, pero no he podido convencerme de que se obtenga una curación más rápida por dicho procedimiento. Me parece que el tratamiento general es lo más importante en semejantes casos; y con el método mencionado ántes he obtenido, generalmente, curaciones tan rápidas, que los mismos pacientes, cansados de tomar píldoras y jarabes, han quedado sorprendidos.

Glaucoma.—Glaucoma agudo secundario. —Sra. M. R. 72 años.—8. V. 94.

El ojo izquierdo le ha causado molestias desde hace años; á veces neblina, arco iris etc. Ultimamente los dolores en el ojo, sien y región nasal se han aumentado tanto, que la paciente no puede dormir y la vista se ha perdido por completo.

Exámen: El o. d. no ofrece nada particular.—o. i.: congestión ciliar intensa. Tensión muy aumentada, + 3. Córnea áspera y muy opaca. Cámara anterior muy estrechada. Pupila considerablemente dilatada é insensible

á la luz. El lente cristalino con catarata, no permite examinar el fondo del ojo.

Diagnóstico: glaucoma agudo.

Tratamiento: Si los colirios mióticos no mejoran en pocos días: iridectomía.

He ejecutado esta última el 1. VI. 94 usando el cuchillo de Graefe porque el estrechamiento de la cámara era tán considerable que no permitía el uso del keratótomo triangular. Durante la difícil operación bastante pérdida de cuerpo vítreo; se establecen también hemorragias expontáneas en las partes inferiores del íris.

Con la operación se obtiene solo una mejoría temporal.

Después de algunas semanas la paciente vuelve á sufrir de los mismos dolores, insoportables, de antes; de manera que tuve que ejecutar el 17. VII. 94, la estirpación del ojo bajo cloroformo, ayudado por el Dr. Matto. Paciente sin dolores desde este momento.

Siempre es desagradable para el oculista tener que recurrir á la extirpación del órgano por una enfermedad que suele curarse por métodos más conservadores. Pero ¡qué satisfacción experimenté al hacer el exámen anatómico é histológico del bulbo! pues encontré un sarcoma melánico coroidal considerable, cuyo diagnóstico era antes imposible por el empañamiento de los medios oculares. (Véase Fig. 2.)

La operación, como es de suponer, ha salvado la vida de la paciente.

GLAUCOMA HEMORRAGICO. — Muy poco tiempo despues de esta observación tan interesante vino á consultarme la Srta. M. J. 47 años. Desde hace algunos meses ha perdido la vista del ojo derecho, mientras que el ojo izquierdo ha quedado bien. A veces dolores fuertes en el ojo con hemicránea, arco -íris al rededor de las velas, etc.

Exámen: o. i. normal.—o. d. amaurosis, congestión ciliar, córnea opaca, cámara estrechada, pupila mediana, inmóvil, tensión + 2, es decir muy aumentada.—Con el oftalmoscópio ningún reflejo de luz roja de la pupila. Por iluminación focal oblícua se puede ver inmediatamente detrás del cristalino claro un reflejo gris opaco procedente de un cuerpo que llena el cuerpo vitreo hasta en sus partes anteriores.

Diagnóstico: Glaucoma secundario agudo probablemente debido al desarrollo de un tumor intraocular.

Pronóstico: fatal.

Tratamiento: extirpación; al menos según los autores.

Nettleship dice, por ejemplo, en sus «Enfermedades de los ojos» pág. 283 literalmente: «Si un ojo glaucomatoso, que ha estado completamente ciego algunos meses, sigue congestionado, adolorido y sus medios son demasiado opacos para poder hacer el exámen oftal-

moscópico, debe extirparse, porque es casi seguro que contiene un tumor.»

Asi eran las condiciones del caso anterior y por cierto que en el caso presente el diagnóstico parecía aún más fácil porque aquí se podía ver el tumor, aunque turbio por la opacidad de la córnea. Suponiendo, pues, la existencia de un sarcoma coroideal, dije á la paciente y á la familia que se trataba de una enfermedad bien séria y que quizá se necesitaría la extirpación del ojo para conservar la vida.

A pesar de que la familia me había dado plena libertad para proceder aún practicando la extirpación, hice lo siguiente: No pudiendo pensar en iridectomia procedí á hacer una esclerotomía el 7 IX 94, y esto solamente por no dejar de hacer el último esfuerzo para conservar el globo. El efecto fué sin embargo sorprendente; pues el 12 IX ya noté: ojo blanco, córnea lustrosa, trasparente como el cuerpo vítreo, el seudo-tumor desaparecido. Se podía ver muy bien la retina que mostraba una multitud de manchas hemorrágicas que cubrían todo el campo. El nérvio óptico blanco, tenía una excavación total profunda, tensión todavía más elevada que la normal, pero indudablemente bien disminuida. Prescripción: fisostigmina.

El 15 IX vista o. d.: ¡3/20!

El 25 IX ¡hemorrágias retinianas desaparecidas! vista 4/20, campo visual muy pequeño.

Ante semejante resultado era natural que

yo me preguntase: ¿Es conveniente ó nó hacer una iridectomía ahora?

Después de madura reflexión, decidí que nó; porque estos glaucomas hemorrágicos son generalmente tan malignos que por la alteración repentina de la presion, producida por la iridectomía, se han observado muy á menudo hemorrágias retinianas y coroideales tan fuertes que la extirpación inmediata del globo entero se hizo inevitable. Por eso resolví, contentarme solo con esclorotomías repetidas y el uso de mióticos.

Practiqué la segunda esclerotomía el 1. X. 94., la cual levantó la vista central hasta 6/20, y la tercera el 23. IV. 95.

La paciente regresó en seguida á su pais, en el Sur del Perú, usando contínuamente un colirio de pilocarpina 2 °/₀, naturalmente muy contenta de haber salvado la forma de su ojo, de verse libre de dolores, y gozar hasta de un poco de vista. El otro ojo no mostró síntomas de glaucoma ni de hemorrágias intraoculares durante todo el tiempo que tuve ocasión de observar á la paciente.—

Este caso comparado con el anterior tiene un interés bastante grande. En efecto, en el primero existía un tumor maligno cuya existencia no se podia probar sino meramente sospechar, y en el segundo se veía, merced á la semiclaridad de los medios oculares un tumor intraocular que en realidad no era más que un coágulo sanguíneo. El diagnóstico no se

podía verificar con exactitud á causa del cambio de color del coágulo y de la dificultad de distinguir los pormenores de la superficie del tumor á través de la córnea un tanto opaca.

Neuritis óptica unilateral.-- Srta. M. C., 18 años, vino el 1. VII. 93.—Dice que ha perdido la vista del ojo izquierdo—antes bueno como el derecho—durante el último año, poco á poco, sin inflamación y sin dolores en el ojo. Sufre únicamente de vez en cuando de dolores ligeros de cabeza. Nunca ha tenido enfermedad grave. Los padres están vivos, son sanos, así como varios hermanos. El médico de la casa—que á la vez es pariente—me dice que no hay diatesis alguna constitucional, como tuberculosis, sífilis, diabetes ó albuminuria.

Exámen: de afuera los dos ojos parecen iguales y sanos. Vista: o. d. 4/4, normal.—o. i.: cuenta dedos á 1 metro de distancia, sin amejorar por ninguna clase de lentes. Con el oftalmoscópio se encuentra el ojo derecho completamente normal, mientras que el ojo izquierdo muestra alteraciones morbosas de importancia en su aparato nervioso. En vez del disco hay una hinchazón muy elevada de un gris rosado como 4 veces más grande que la papila normal. El borde papilar está muy empañado, la retina circunvecina tiene una nebulosidad opalescente grisacea, las venas se hallan tortuosas y congestionadas: en fin,

hay una neuritis óptica bien pronunciada como muestra la fig. 3.

Pero todavía llaman más la atención las alteraciones de la retina. Una gran cantidad de pequeñas manchitas blancas brillantes y bien definidas se agrupan al rededor del punto amarillo y forman una estrella graciosa, como suele encontrarse solamente en la retinitis albuminúrica.

Pero no existen síntomas de nefritis y además la retinitis albuminúrica es siempre simétrica. Cuando la papilítis es única, generalmente suele ser producida por lesión en la órbita: sin embargo no se podía sospechar esto último á causa de la falta absoluta de indicios que revelasen una enfermedad orbital.

No quiero cansar á ustedes haciendo el diagnóstico diferencial; y sólo me limitaré á decir que la etiología de este caso era completamente oscura.

Por el aspecto bien alarmante de la papiloretinitis, resolví aplicar un tratamiento enérgico y receté el 11. VII. 93. fricciones mercuriales á la dósis de 4 gramos por día en dos sesiones y yoduro potásico 2 gramos diarios.

El resultado sobrepasó mis esperanzas:

El 9. VIII. 93. (después de un mes) la retina tenía el aspecto de la figura 4. Las manchas blancas, la hinchazón y la opacidad del disco estaban disminuidas considerablemente. Vista: cuenta dedos á 4 métros y medio.

El 4. X. 93. ¡vista 6/8!

Y el 4. XII. 93. vista 6/6. Fig. 5.—normal.

El disco se ha normalizado, ha recuperado su tamaño y sus colores naturales. En el punto amarillo han quedado solamente algunas pequeñas manchitas y la retina muestra en este lugar un dibujo rayado horizontal que no se encuentra en el otro ojo, cuya retina y nervio óptico han quedado completamente normales durante todo este tiempo.

Lo más interesante y lo más raro de esta observación es la unilateralidad de la afección, la curación rápida por el mercurio y sobre todo la particularidad de que no haya quedado atrofia alguna del nervio óptico ni la menor ambliopía, como sucede comunmente en casos tan graves de neuritis.

Músculos y nervios.— El espasmo de la acomodacion es muy frecuente en los hipermétropes fuertes, porque necesitan un esfuerzo poderoso del múscular ciliar especialmente para la visión de cerca. Estos son los pacientes que vienen con dolores astenópicos, con estrabismo convergente, diciendo que son muy ¡miopes! Han adquirido la costumbre de acercarse mucho á la lectura, de manera que verdaderamente parecen miopes. Por esta causa he visto muchas veces dar al enfermo anteojos cóncavos, que el pobre músculo ciliar tiene que superar mas allá de la hipermetropía.—Voy á citar solamente el siguiente ejemplo bastante instructivo:

El jóven D. E. de 12 años, se queja de que

no puede ver bien de lejos por ser muy miope. El exámen de la vista da el siguiente resultado: o. d. cuenta dedos á 2 métros de distancia.—o. i. 6/20. No hay mejoría con ninguna clase de lentes. Para leer se acerca á la lectura *hasta 10 centímetros* y descifra con mucho trabajo la lectura, cuyas letras tienen un tamaño de 4 mm. torciendo á la vez el ojo derecho hacia dentro. El exámen oftalmoscópico revela en lugar de una miopía exagerada una *hipermetropía* de 6 dioptrias. Con las lunas convexas correspondientes (se empieza con débiles, por ejemplo N. 40., y se aumenta paulatinamente la fuerza) ya podía leer el 8. I. 94. las letras más finas de 1 mm. á 30 cm. de distancia; después de medio año tenía con el N. 13 una vista de 6/8 y ya no se ponía bisco.

Entre mis casos de **Oftalmoplégia** se encuentran algunos muy interesantes que Udes. me permitirán describir brevemente.

Oftalmoplégia externa unilateral. —El 18. X. 94. me buscó el señor T. G. de 49 años de edad, diabético desde años, con 3 °/₀ glucosa; se queja de que repentinamente se le ha caido el párpado derecho, cubriendo así el ojo que más le sirve, porque el otro tiene una gran nube corneal. Fuera de esto el ojo izquierdo no muestra nada de particular.

El ojo derecho tiene una ptosis mediana; con gran esfuerzo se puede levantar todavía un tanto el párpado. El globo se mueve libremente hacia fuera con un poco de rotación

hacia abajo; pero hacia adentro y arriba no se mueve ni un milímetro.

El íris y la acomodación están libres.

El 19. X. 94. se empeora el estado. El párpado se ha bajado más y le es imposible al paciente levantarlo. El recto externo ha perdido la mitad de su movilidad. Fuera de él funciona solamente el oblícuo superior como ayer.

El 1. XI. 94. hay solamente un poquito de movimiento por el oblícuo superior, por lo demás la oftalmoplégia externa es completa. Iris y acomodación han quedado intactos.

Desde este tiempo se vé una mejoría constante y el 11. XII. 94. escribo en mi protocolo: curado. Se nota solamente un defecto ligero en la abducción. El ojo izquierdo no ha tenido pérdida de su movilidad durante todo este tiempo.

Esta observación es una de las más interesantes, porque tiene la claridad de un experimento científico.

El paciente viene con parálisis del nervio motor ocular común, pero nó de todas sus ramas. Iris y músculo ciliar quedan intactos, prueba de que no se trata de una lesión del tronco del nervio sino de una lesión central nuclear.

El músculo externo no se daña al principio porque el centro del sexto nervio se encuentra más atrás que el de los otros y por eso el derrame de sangre, orígen de la lesión, no lo ha atacado. Al día siguiente ya hay parésia y

más tarde parálisis también de este músculo: el derrame de sangre se ha extendido hacia atrás. — El oblícuo superior ha quedado libre siempre: pues el centro del patético se encuentra en el lado opuesto, cruzado. El derrame de sangre no lo ha alcanzado.

La reabsorción de la sangre tardó más en las partes posteriores donde se había establecido más tarde el derrame: pues el externo recuperó posteriormente su movilidad.

Oftalmoplégia completa unilateral. — Sr. R. S. 42 años.—3. III. 95.—Chancro duro hace 20 años; curado con mercurio y yodo.

o. i.: intacto.—o. d.: ptosis completa. Movimientos del globo: solamente hacia fuera (nervio sexto) y un poco hacia abajo con rotación (nervio cuarto). En las demás direcciones pérdida completa de movilidad.

Iris de tamaño mediano sin reacción ninguna. Parálisis completa de la acomodación. No existen otros síntomas de sífilis del sistema nervioso.

Tratamiento: inyecciones de timolo-acetato de mercurio, yoduro potásico, electricidad.

Despues de 2 semanas ya se nota mejoría, despues de 6 semanas sanidad.

Hé aquí el «pendant» de la observación anterior.

La lesión ha comprometido *todas* las fibrillas del nervio á la vez y no ha dejado libres

las ramas del íris y del músculo ciliar como en el caso del diabético.

Sin duda el sitio de la enfermedad es más periférico, no está en el suelo del cuarto ventrículo sino en la base del cerebro donde se habrá desarrollado sin duda un proceso gomoso.—

Oftalmoplégia interna unilateral. — Sr. J. B. 22 años. 4. IX. 93.—Chancro duro en 1889, curado por el doctor Agnoli—sano hasta fines de Agosto de 1893. Observa que en los últimos días la vista del ojo izquierdo se empeora sin dolor alguno.

En el exámen encuentro en el ojo derecho nada particular, en el ojo izquierdo todo normal, pero la pupila dilatada, y sin ninguna reacción. La dilatación era tan grande que creí que el enfermo había usado algún midriático, y así se lo comuniqué al Dr. Agnoli. *)

Pero no era así. Pues la midríasis duró meses.

La vista del ojo enfermo era normal para lejos como en el otro lado, pero de cerca no podía leer sino con el vidrio convexo correspondiente á la distancia: Parálisis completa de la acomodación.

Había aquí una oftalmoplégia interna unilateral sifilítica, clásica.

(*) Más tarde he visto que Nettleship dice lo siguiente: «En algunos casos muy raros la midriasis con cicloplějia se presenta sin alteración alguna en otra parte del nervio, estando entónces algunas veces la pupila muy dilatada.» Uno de estos casos muy raros es el presente.

Las aplicaciones terapéuticas: 62 inyecciones subcutáneas de sublimado por el doctor Agnoli, faradisación y galvanisación diarias é instilación de pilocarpina han tenido éxito. El 4. XII. 93. la pupila era de tamaño mediano (se entiende sin miótico) y ya tenía cierta reacción, pero todavía había bastante anisocoria. No volví á ver al paciente. Supongo que ahora estará bueno y sano. –

Un caso mucho más grave y algo oscuro representa la siguiente:

Oftalmoplégia interna doble.— Sr. J. L. 42 años, hombre robusto, soltero—vino el 27. II. 93. á mi consulta, diciendo que desde hacía un mes la vista se había empeorado, sin dolores, poco á poco. El paciente fuma muchísimo, dice haber tenido una enfermedad venerea. Pero parece que no era sífilis, tampoco se encuentra objetivamente síntomas de Lues.

Nunca ha tenido influenza, malaria ó difteria.

Vista o. d.: 4/6 con + 1,0 4/4—o. i.: 4/6; con + 0,75 4/4. Lectura con + 3,0 en 30 cm. distancia. Los ojos sin irritación ninguna. Tensión normal.

Pupilas: en ambos lados completamente inmóviles, no hay reacción ni para la luz ni para la acomodación.

Diámetros: d.: 4½ mm. i.: 6 mm. — No hay imágenes dobles en ninguna dirección, prueba de que no se trata de parálisis de ningún

músculo externo. Tampoco ha tenido antes diplopia temporal.

En ambos lados los medios trasparentes—casi una dioptría de hipermetropía —nervio óptico un poco pálido pero no gris, bien contorneado, sin excavación—los vasos, la mácula y la retina completamente normales. El campo visual demuestra una fuerte restricción para el verde con límites normales para los otros colores.

Los reflejos rotulianos faltan completamente. Nada del síntoma de Bracht–Romberg, nada de ataxia. No hay en la orina azúcar ni albúmina.

Después he visto al enfermo muchas veces. Se presentaron dolores en los huesos y hormigueo en la región supraorbital izquierda. Por lo demás el estado ha quedado igual hasta el 28. IV. 94; época en que ví al paciente por la última vez

La diferencia entre las pupilas y la parálisis del íris y de la acomodación han ofrecido la particularidad de no haber cambiado desde el primer día.

Mis esfuerzos terapéuticos carecieron por completo de éxito. Tratamiento: mercurio y yoduro potásico—quinina—corriente contínua y franklinisación, pilocarpina durante semanas, etc.—Faltando por completo la acomodación, era inevitable dar 2 pares de anteojos al paciente para mirar de cerca y de lejos.

El paciente no ha mejorado en lo más pe-

queño, pero felizmente tampoco ha empeorado.

Tengo la convicción de que en este caso se trata de una ataxia locomotriz ó parálisis progresiva. Conociendo la marcha fatal y rápida de estas enfermedades en los paises tropicales, he aconsejado, ya hace meses al paciente regresar á Europa para reunir la influencia favorable del clima de su país, con los correspondientes auxilios médicos.

En mi concepto el pronóstico es bastante sério.—

Mis otros casos de oftalmoplégia no ofrecen nada de particular.

Casos de **Cicloplféjias aisladas** ó puras he observado 3, entre ellos uno en una niña de 7 años después de diftéria, tratado por el Dr. Avendaño, curado en 3 semanas con el *uso* pasajero de anteojos convexos para la visión de cerca; y otro en un hombre neurasténico de 46 años por el *abuso* de lentes convexos en trabajos nocturnos. Mejoría por colirios de pilocarpina y fisostigmina y abolición de los anteojos inaparentes.

Parálisis y parésias aisladas de un músculo solo.—Las más frecuentes son las del recto externo y del oblícuo superior, porque estos músculos tienen nervios especiales.

En los 9 casos que he observado, ha habido 2 por diabetes, 2 por sífilis y 5 por otras causas. Todos se han curado en 6-8 semanas.

Del oblícuo, no he tenido ningún caso, pero

sí una parálisis aislada del recto superior por lesión periférica del ramo correspondiente del tercer nervio.

Los dos **Epiteliomas** que he observado aquí en Lima no ofrecen nada de particular.

Han tomado su orígen en el lugar de costumbre, en el limbo, la unión esclerocorneal. Uno tenía el tamaño de una alberjita, el otro el de un real. El diagnóstico se verificó por el exámen histológico. El primero pude extirpar conservando el bulbo; el segundo, operado ya en vano por varios médicos y creciendo con una rapidez espantosa, necesitó la extirpación total del ojo. (Véase fig. 6.)

Entre las diversas clases de **Lesiones oculares** que he tenido ocasión de observar, ha habido muchas que fueron el resultado del juego de carnaval; unas veces producidas por contusión, otras por la costumbre de echar chisguetes de esencias alcohólicas concentradas, algunas por la introducción en los ojos de polvos de diversa naturaleza. Habiendo sido mi caso más curioso el de una joven J. U. de 23 años, que vino el 24. II. 95. con una conjuntivitis tan purulenta que solo era comparable á una oftalmía gonorréica. Pero esta conjuntivitis no fué producida por el gonococo de Neisser sino por polvos de mostaza inglesa arrojados á los ojos en el entusiasmo del juego.

Otro caso que merece mencionarse es el siguiente. El joven J. O. de 13 años echó una

cantidad de plomo derretido en un depósito pequeño que contenía agua, produciéndose una explosión en la cual el plomo líquido fué lanzado justamente á ambos ojos. Cuando le ví en mi consulta, al día siguiente del accidente, encontré que los sacos conjuntivales estaban llenos de plomo que había tomado la forma del saco conjuntival como en un molde y las córneas se hallaban tambien incrustadas de pedazos de plomo. Después de grandes esfuerzos y de un tratamiento muy cuidadoso logré salvar la vista en ambos ojos sin que hubieran quedado manchas ni cicatrices viciosas.

De mis **Operaciones** diré hoy muy poco.

Mientras otros hablan sólamente de sus resultados buenos, no puedo privarme de presentarles, la historia de un caso desgraciado que no carece de cierto aspecto de tragicomedia.

Recién llegado de Europa y desconocido de mis futuros compañeros, estaba ansioso de darles una prueba de la legitimidad de mi título de especialista. Se trataba de buscar á una víctima, pero durante varias semanas no se hallaba ni una catarata senil. Al fin el Dr. Castillo encontró en su sala á un muchacho de 24 años, ciego del ojo izquierdo por una catarata traumática producida en 1886 por un latigazo.

No obstante de que la cámara anterior era de una profundidad algo sospechosa y la ten-

sión un poquito disminuida, me resolví operar por falta de otro caso mejor y para no esperar más, estando por lo demás la catarata en buenas condiciones.

En presencia de los doctores Becerra, Castillo y Flores principié la operación, pero...... inmediatamente después de haber acabado el corte corneal se estableció un prolapso tan enorme del cuerpo vítreo, que tuve que interrumpir la operación y no seguir la extracción. Cerré el ojo y el muchacho se quedó con la catarata. La herida se curó en pocas semanas y cuando el Dr. Castillo vió al paciente dos meses después, me escribió: «He tenido el gusto de ver al muchacho; le encuentro en magníficas condíciones, parece que nada le hubiera pasado»; y verdaderamente no había perdido nada. Pero yo no me contentaba con esta situación, teniendo el miedo contínuo de una inflamación simpática del otro ojo y al fin para tranquilizar mi conciencia médica y para evitar radicalmente este peligro practiqué la enucleación del ojo, ayudado por los mismos doctores Becerra y Castillo, reemplazándolo por otro de cristal. Ahora tiene mejor aspecto que antes y por lo menos no le he hecho daño.—El ojo derecho ha quedado intacto.

Tengo la satisfacción de declarar que este primer caso desgraciado es hasta ahora el único.

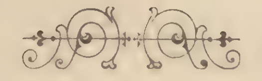
¡Que sea el último en el Perú, mi segunda

pátria, cuyos habitantes, y entre ellos sobre todo mis compañeros, me han recibido con tanta amabilidad!

Lima, Agosto 11 de 1895.

E. GAFFRON

V.° B.° - **F. ROSAS.**



CUESTIONARIO

para el grado de Doctor, del Médico y Cirujano D. Eduardo Gaffron.

Anatomía descriptiva............ Orígen real del trigémino.

Física médica é Higiene........ Influencia higiénica y terapéutica de la electricidad atmosférica.

Química médica... .... Orígenes de la glucosa en la economía animal y su dosificación en la orina.

Historia natural médica.. ...... Familia de las solanáceas.

Anatomía general y patológica...Tejido epitelial y epitelioma.

Fisiología......... .... Usos del trigémino.

Anatomía topográfica y Medicina operatoria — Región del triángulo de Scarpa. — Métodos operatorios de los abcesos de la fosa isquio-rectal.

Farmácia.......................... Scopolamina.- -Materia médica y farmocología.

Patología general .... Oftalmoscopía y Cerebroscopía

Bactereología..................... Biología del bacilo de la tuberculósis.

Terapéutica y materia médica—Sulfonal; su poder hipnótico.

Nosografía quirúrgica......... Síntomas funcionales de los traumatismos del encéfalo.

Nosografía médica .... Enfermedad de *Graves*.

Oftalmología .... Glaucoma agudo.

Medicina legal y Toxicología— Simulación de la amaurosis unilateral.

Partos, enfermedades puerperales y de niños — Auscultación y palpación. — Cuál es más importante?

Clínica quirúrgica (mugeres)—Supuración de los órganos sexuales de la pélvis en la muger.—Su tratamiento.

Clínica quirúrgica (hombres)—Tumores de la región escrotal; su diagnóstico diferencial.

Clínica médica (mugeres)........ Diagnóstico del tifus exantemático.

Clínica médica [hombres]...... Meningitis tuberculosa.

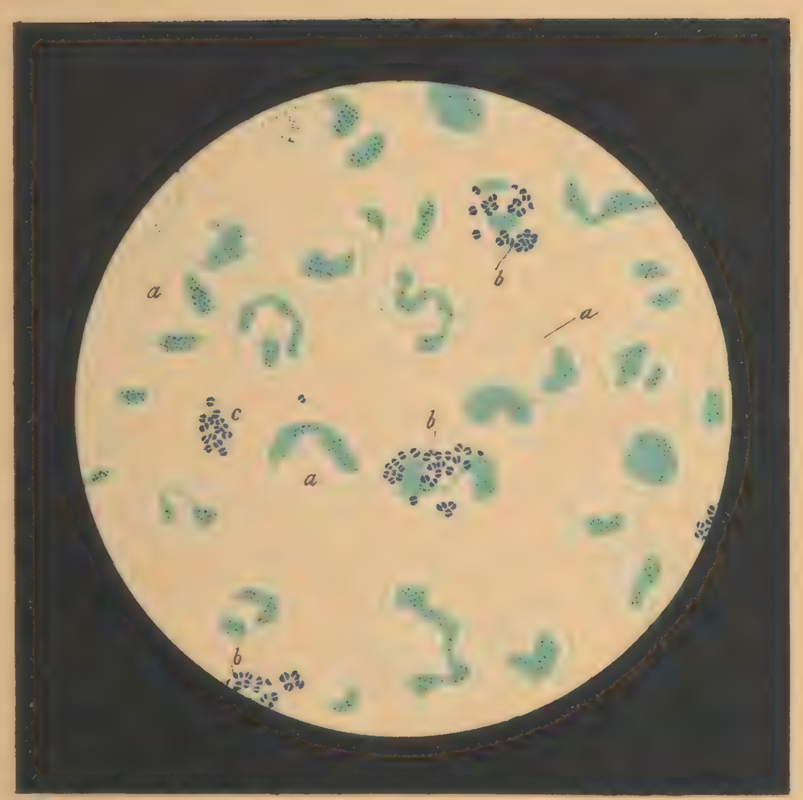
Clínica de partos.................. Conducta que debe seguirse en los casos de implantación viciosa de la placenta.

Lima, á 6 de Setiembre de 1895,

El Secretario,
Manuel Barrios.

V.° B.o—El Decano—**Rosas.**

Fig. 1



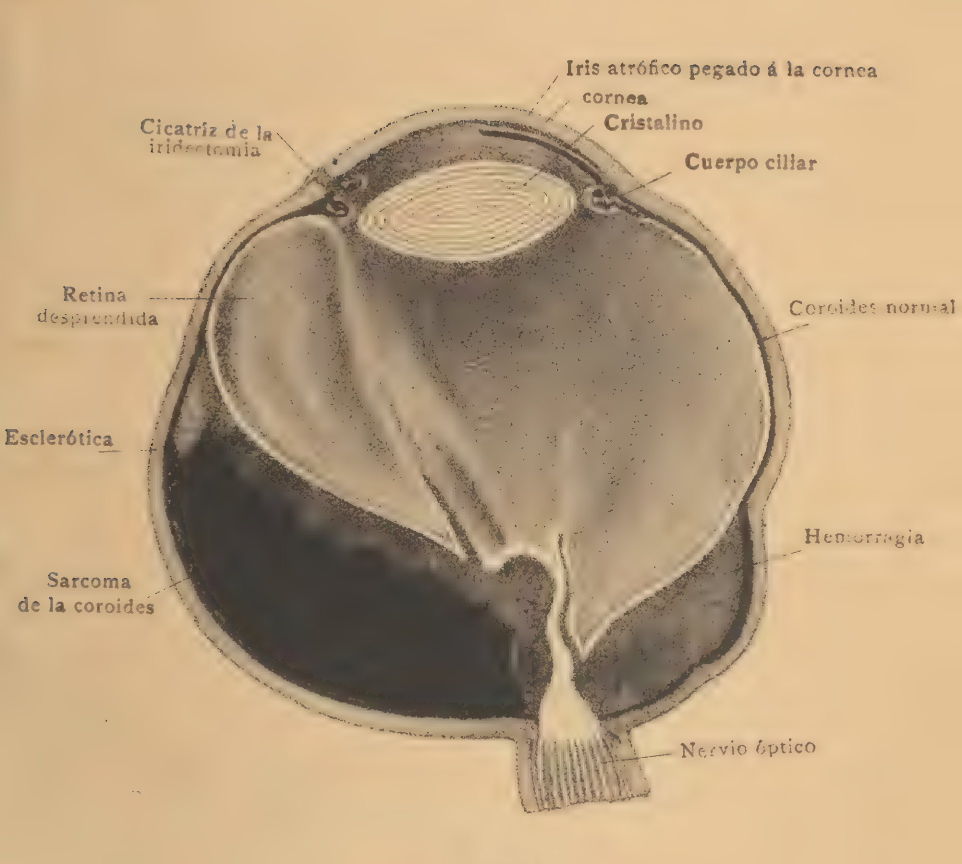
E. Gaffron ad nat. del. *Lit. San Cristoval-Lima*

CONJUNTIVITIS GONORREICA

1000 : 1

a. glóbulos purulentos
b. montoncitos de gonococos dentro de leucocitos
c. gonococos libres

Fig. 2



M. R.

SARCOMA MELANOTICO DE LA COROIDES
extirpado el 17—VII—94

E. Gaffron ad nat. del. *Lit. San Cristoval - Lima*

Fig. 3



E. Gaffron ad nat. del. *Lit. San Cristoval-Lima*

M. C.

NEURITIS OPTICA UNILATERAL

Fig. 4



E. Gaffron ad nat. del. *Lit. San Cristoval Lima*

M. C.

NEURITIS OPTICA UNILATERAL

Fig. 5

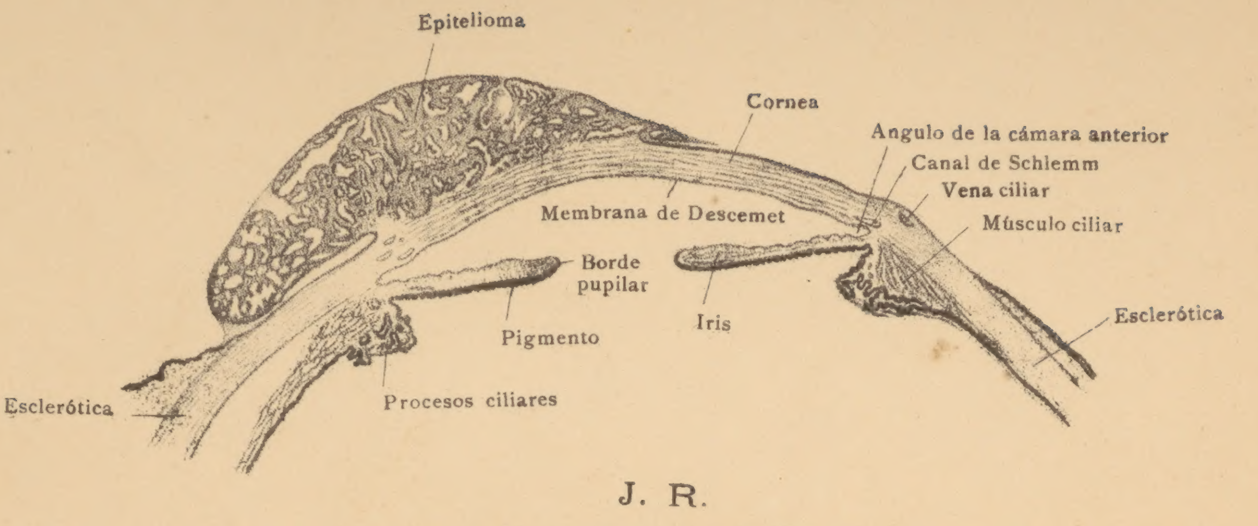


E. Gaffron ad nat. del. *Lit. San Cristoval - Lima*

M. C.

NEURITIS OPTICA UNILATERAL

Fig. 6



J. R.

EPITELIOMA CONJUNTIVAL
6:1

E. Gaffron ad nat. del. *Lit. San Cristóval - Lima.*